

特集 精神科リハビリテーション

精神科リハビリテーションの概念と意義*

● 安西信雄** / 榎野葉月**

Key Words: psychiatric rehabilitation, discharge from hospital, community care, schizophrenia

はじめに

「精神科リハビリテーション」と聞けば、病棟日課として繰り返される「集団作業」を連想される方もおられるであろう。意欲に満ちた若い医師にとって、集団作業のゆったりとした時間の中に身を置くことが耐え難く感じられるかもしれない。観察眼の鋭い医師は、一見平凡な反復のように思われる動きの中に、微妙な集団のダイナミクスや診察室では見られない所作を見出して、その活動に治療的意義を見出すかもしれないが、多くの医師は個人面接と薬物療法に患者の改善の手がかりを求めようとするであろう。

身体的リハビリテーションの分野では、早期離床と早期歩行から始まるリハビリテーションの必要性を疑う人は少ないであろう。しかし、わが国の精神科病院の長期在院の状況を見れば、全体としては精神障害の分野でリハビリテーションが効果的に実施されておらず、入院治療は症状改善に的を当てた薬物療法が中心となっているように思われる。

今日の精神科リハビリテーションは、さまざまな心理社会的治療法を駆使し、精神障害を持つ個人の参加と可能性をひき出し、疾病による

障害を克服して地域生活を可能にする地域リハビリテーションの方法を獲得している。もちろん作業療法自体も個別のアセスメントを踏まえた系統的な治療方法として発展してきている。

上記の精神科リハビリテーションの「ステレオタイプ」は、長期在院患者への対応が中心であった「入院中心の医療」によって生み出されたものかもしれない。厚生労働省が打ち出した「地域生活中心」への転換は、新入院患者の早期退院だけでなく、長期在院患者の地域移行を促すもので、地域生活にむすびつける精神科リハビリテーションの重要性を改めて求めているといえるのではなかろうか。

そこで、精神科リハビリテーションの概念と意義を検討し、厚生労働省の新しい動きを紹介しながら、精神科リハビリテーションの今後の発展方向を考えたい。

精神科リハビリテーションの概念と意義

リハビリテーションは、上田¹⁾が述べるように全人間的復権が目標とされる。これは障害を持つ人が人間らしく生きていくために、個人のニーズに対応して医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションを統合して実践することを意味する。高齢者医療研究会中間報告²⁾はこうした考えに沿い、リハビリテーションを「単なる機

* Concept of psychiatric rehabilitation and its role in the current psychiatric reform in Japan.

** Nobuo ANZAI, M.D. & Hazuki MAKINO, Ph.D.: 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部(〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3); Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Ichikawa, Chiba 272-0827, Japan.

能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や職場への参加を可能にし、その自立を促すものである」と定義した。こうした理念は精神障害にも適切なものと考えられる。

WHO³⁾により作成された国際機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)は、健康状態を、①心身機能(身体構造)、②活動、③参加の三つの次元で表現した。伊勢田⁴⁾が指摘しているように、これは従来の否定的表現を避けて中立的に表現し、障害構造を多元的に検討する視点を与えるものであるが、精神障害の複雑性に対応させるにはさらに工夫が必要と考えられる。

それでは上記の理念に沿って精神科リハビリテーションをどのように考えるべきであろうか。Wingら⁵⁾は、リハビリテーションを「(機能障害、社会的不利、好ましくない個人的反応などからなる精神障害に伴う重度の社会的障害)の原因を明らかにし、予防し、最小にすると同時に、個人が自らの才能を伸ばし、それを利用して、社会的役割の成功を通して自信と自尊心を獲得するのを助ける過程である」と定義した。Anthonyら⁶⁾は、「精神科リハビリテーションの使命は、長期精神障害をかかえる人々の機能回復を助け、専門家による最小限の介入で、彼ら自身が選択する環境において落ち着き、満足できる生活を送れるようにすることである」として、個人の生活技能の向上と環境側の支援の両方を重視した。Anthony⁷⁾はさらに、「精神疾患を被ったことによる破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出す」という意味でリカバリー(回復)の概念を提唱した。

このように精神科リハビリテーションは個人と環境とのかかわりを重視し、それらの両方に働きかけるもので、とくにリハビリテーション過程への本人の主体的な参加が強調される。

このように述べると抽象的で分かりづらいかもかもしれないので、筆者が最近経験したことをご紹介したい。ある研修会で質疑応答の際に参加者(デイケアスタッフ)から出された質問である。「デイケアの患者さん同士の話の中で自分は服薬

していないということが話された。何人かは自分もそういうことがあると述べていた。これをデイケア担当医に報告したところ、担当医は「リハビリに来ているのに薬を飲んでいないのでは何にもならない。そういうことなら全員の薬をスタッフが預かって、せめてデイケアに来ている間は確実に服薬するようにしよう」と話された。スタッフとしてはどのようにしたらよいか?との問いである。デイケア担当医はずいぶん怒っていたらしい。閉鎖病棟でしばしば実施されているように、デイケアでも服薬を「職員管理」にしようという話である。

上記のリハビリテーションの考え方に沿ってこの問題に対処するならば、まずは服薬しなかった状況や本人の気持ちや考えを確かめる必要がある。その中には病気や薬物療法の理解の不十分さがあるかもしれないし、場合によっては副作用の訴えがあるかもしれない。さらには、本人のこれからの生活上の目標に照らして服薬が妨げになっていると理解されているかもしれない。こうした事情を明らかにし、本人の気持ちを受け入れつつ、合理的な対処を本人が選択できるようにするのが精神科リハビリテーションの考え方である。こうした方法は、管理的に振る舞うのと比べてヒューマンスティックというだけでなく、信頼関係づくりや本人の長期的な安定と自立のために効果的ということがいえる。

Bachrach⁸⁾は、精神障害における心理社会的リハビリテーションの特徴を次の8項目に要約した(文献⁹⁾の日本語訳から引用)。

①精神障害を持つ人の個別性の重視：その人の能力を最大限に高めるための訓練目標を重視する。

②環境要因の重視：個人の能力は環境要因との相互作用によって変化するため、適切に環境を変化させたり、適切な環境に導入するためのケースマネジメントを用いる。

③患者の強さの開発：たとえ病気を持っているとしても、その人の健康な自我に働きかける。

④希望重視：希望こそが欠くことのできない要素であり、従来の精神科リハビリテーションと異なる点である。

⑤職業能力への楽観性：職業をもつことで、

収入があり、時間と場所が構造化され、社会的接触が広がり、社会的役割が認められ、積極的になれる。

⑥社会生活や余暇生活重視：職業以外にも社会生活や余暇生活を身につける必要がある。

⑦自己ケア重視：自分のリハビリテーション計画には自分自身が参加し責任を持つべきである。

⑧継続する過程：リハビリテーションは一時的で単一なものではなく、初めから終わりまで継続するものである。

こうした心理社会的アプローチは、当初は医療の外から始まったが、最近では精神科医療実践の方法として精神科リハビリテーションの中に組み入れられている。たとえば、統合失調症治療についての米国のエキスパートコンセンサスガイドライン(専門家による指針)¹⁰⁾では、治療の質の評価として、①機能的状態(仲間や家族と関係をもつ能力など)、②患者のQOLの認識、③治療成果に対する患者の認識、④治療に伴う問題に対する患者の認識(薬の副作用など)、⑤安全性の問題、⑥精神保健サービスに対する患者や家族の総合的満足度があげられている。ここでは、臨床医による臨床症状の評価は(政策に関するエキスパートは)治療の質の尺度としてさほど重要でないと考えている、とされている。

客観的指標として精神症状でなく社会的機能水準があげられていること、他の項目は本人や家族の満足度やサービス評価にかかわることである点が注目される。専門家による評価の指針にユーザー志向がしっかり根づいているわけであるが、このような治療の質を達成するためにはユーザーの参加をふまえた精神科リハビリテーションが精神科治療にしっかり組み入れられることが必要となる。精神科リハビリテーションの意義はそこにある。

厚生労働省の精神保健施策の展開と新しい改革のビジョン

平成14年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書¹¹⁾では、ノーマライゼーションや当事者主体の精神保健医療福祉への転換を前提に、「これまでの入院医療主体か

ら、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という方向性が示され、とくに長期在院患者の地域移行について「受入れ条件が整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」と明記された。これは、従来の入院医療中心から地域生活中心への転換を図ること、「7万2千人」という数値目標を掲げて退院・社会復帰の対策を講じることを明確にした画期的なものであった。

その後、厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告と、それに基づいて発足した三つの検討会の審議を経て、それらをとりとまとめる形で、平成16年9月2日に厚生労働省精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹²⁾が発表された。これは3検討会の結論を踏まえ、対策本部として見解をまとめたもので、「今後、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴きながら、平成17年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策群の実施につなげる」とされており、わが国の精神保健福祉の転換が構想されている。

改革ビジョンの内容は多岐にわたるが、基本方針として「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくことを明らかにし、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下とする」「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上とする」という具体的な数値をあげている点が注目される。さらに「この目標の達成により10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される」とし、「病床数の減少」に踏み込んで、達成のための数値目標を各都道府県に提示することになる。

ここで、「平均残存率」は新規に入院した患者が1年後まで退院せずに入院を継続している率であり、「新規に入院する患者については(中略)できる限り1年以内に退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する」とされている。一方、「平均退院率」は1年以上の在院患者がその後の1年間に退院する率で、「既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーションなど)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計

画的に地域生活への移行を促す」とされている。地域生活支援体制としては相談支援体制(ケアマネジメント)が想定されている。

精神科リハビリテーションの 発展方向

改革ビジョンは精神病床の機能を向上させ、相談支援体制と連携することにより、新規入院患者の早期退院と、1年以上の長期在院患者の退院・地域移行を実現する体制づくりを求めている。今後の精神科リハビリテーションには、退院と地域生活を可能にする治療・援助技術としての役割がますます強く求められることになる。こうした退院促進の実践が機械的にならないように、しかも効果を発揮できるためには、上記のように患者さんのニーズと個別性を踏まえた精神科リハビリテーションの実践が広まる必要があると思われる。

文 献

- 1) 上田 敏. リハビリテーションを考える. 東京: 青木書店; 1983.
- 2) 高齢者医療研究会. 高齢者リハビリテーション研究会中間報告書. 2004.1.15.
- 3) 世界保健機関(WHO). ICF国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-. 東京: 中央法規; 2002.
- 4) 伊勢田 堯. 国際生活機能分類(ICF)と精神障害. 精リハ誌 2002; 6: 45-9.
- 5) Wing JK, Morris B・編(高木隆郎監訳). 精神科リハビリテーション-イギリスの経験. 東京: 岩崎学術出版; 1989. p.11-2.
- 6) Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophr Bull 1986; 12: 542-59.
- 7) Antony WA(濱田龍之介・訳). 精神疾患からの回復-1990年代の精神保健サービスを導く視点. 精リハ誌 1998; 2: 145-54.
- 8) Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiatry 1992; 149: 1455-63.
- 9) 野中 猛. 解題-心理社会的リハビリテーション. イーゼンバーグMG・編(野中 猛, 池淵恵美・監訳). 心理社会的リハビリテーションのキーワード. 東京: 岩崎学術出版; 1997. p.149-62.
- 10) McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The expert consensus guideline series: Treatment of schizophrenia. 1999.[大野 裕・訳. エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ 精神分裂病の治療1999. 東京: ライフ・サイエンス; 2000.]
- 11) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害分会. 今後の精神保健医療福祉施策について. 同分会報告書. 2002.12.19.
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>, 2004.9.2.

* * *

退院における障害と支援方法

安西 信雄

精神科臨床サービス
第4巻3号 2004年7月 別刷

星 和 書 店

退院における障害と支援方法

安西 信雄*

抄録 厚生労働省の「受け入れ条件を整えば退院可能」な7万2千人の退院の提言を契機に長期在院患者の退院促進の機運が高まっているが、長期在院患者をかかえている現場では退院の実現は困難という声もある。日精協の社会復帰サービスニーズ調査では、「現在の状態でも退院可能」と医師が判断した患者群でも、食事の用意や家事一般などのIADL（手段的日常生活動作）が低下している患者が多く、退院希望が不明確な患者も少なくない。退院における障害には、このようなIADLの困難や退院の意欲の乏しさのほか、再発防止のための服薬継続や症状の自己管理の技能の乏しさが含まれる。こうした問題に効果的に対処し長期在院患者の退院を促進するために、厚生労働省精神・神経疾患研究の退院促進研究班で集中的リハビリテーションと地域移行支援の取り組みが開始されている。退院促進研究班の取り組みを紹介し効果的な支援方法を検討した。

精神科臨床サービス 4 : 388-393,2004

キーワード：長期在院患者，退院促進，IADL，集中的リハビリテーション，地域ケア

はじめに

最近、「どうやれば長期入院の患者さんを退院させられますか?」と聞かれることが多い。厚生労働省が「受け入れ条件を整えば退院可能」な7万2千人の対策を打ち出したことが影響しているのであろう。精神保健福祉対策本部中間報告（平成15年5月15日）¹⁾で「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示され、新しい入院患者に対しては「手厚い急性期治療を行うことにより、多くは早期の退院を見込むことができる」こと、また長期在院の患者については「たとえ10年、20年を超える長期入院を余儀なくされていた場合であっても、適切な社会生活訓練等のリハ

ビリテーションや退院支援、退院後の居住先の確保及び地域生活支援により、社会生活が可能となる場合がある」ことが述べられ、こうした改革に向けた具体的対策の方向が提案された。

「その通りですね。ただどうちの患者さんは退院させないでくれ、病院で暮らしたいと言うんです」「どうしたらいいんでしょう?」と質問は続く。精神科病院協会による後述の調査²⁾では半年以内の退院を「希望する患者」が56.2%で、「希望しない」が22.3%、「わからない」が21.5%であった。「希望しない」と「わからない」を合わせると43.8%になるが、この数字は1年未満の在院患者（約30%）も含む全入院患者の集計なので、長期在院患者だけを抜き出せば退院を希望しない率はもっと高くなるであろう。

「退院における障害」として、本人が退院を希望しないこと、地域生活の動機が乏しいことをあげるのとは簡単である。表面的にはそれは事実であ

あんざいのぶお

*国立精神・神経センター精神保健研究所
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

ろう。しかし、「なぜ退院したくないのか、いつから、どのようなきっかけで退院を希望しなくなったのか」を探り、退院したくない理由を解明できれば新しいアプローチが可能になるのではなからうか。かつて統合失調症の「自閉」は病気そのものから生ずると考えられていた時期に、江熊要一は「理由のない自閉はない」と述べた。自閉に至る苦しみへの共感と希望を尊重する根気強い精神療法的・援助的な関わりの中で、本人が治療者に心を開いてくれるようになれば自閉から抜け出す手がかりが得られるというわけである。今、われわれに求められているのは「理由のない退院拒否はない」という視点から、この問題にアプローチしていくことではないだろうか。

そこで「退院における障害」が特に問題となる1年以上の長期在院患者を中心に、本人の側の障害と、こうした退院困難と支援体制との関連を考察し、最後に厚生労働省精神・神経疾患研究委託で取り組まれている退院促進研究班の「集中的リハビリテーション」について述べたい。

1. 退院の時に見えてくる 本人の側の障害

現在在院中の患者のうち退院後の地域生活が困難と予想される患者は多い。精神科病院協会から平成15年に発表された精神障害者社会復帰サービスニーズ調査⁶⁾では、対象となった入院患者約12,000人のうち1,767人(約15%)が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断されたが、これらの患者群でもIADL (instrumental activities of daily living: 手段的日常生活動作) に困難のある患者が相当数にのぼることが示された。すなわち、該当する1,767人のうち、各IADLが「いくらか困難」または「非常に困難」と評価された患者は、多い順に、食事用意78.5%、家事一般73.2%、金銭管理69.7%、薬の管理65.9%、交通手段の利用54.4%、買物53.5%、電話の利用41.2%であった。この群の患者は「現在の状態でも(中略)退

院可能」と判断されているので、病棟の保護的な環境では精神症状も日常生活も特に問題なく過ごしているのであろうが、半数~4分の3以上がIADLの問題があるとされているので、実際に退院すれば支援がなければ地域生活に困難が予想される。

穴見²⁾は国立精神・神経センター武蔵病院の在院患者を対象に、退院阻害要因の調査を実施した。その結果、慢性期患者群では、自発的生活のリズムを保つことの困難性、金銭管理の問題、好禱的生活など、身辺自立の困難性が浮き彫りになった。また症状においても、陽性症状が持続し病識の不十分な症例が多く、十分に治療効果が得られていないことも明らかになった。またこれらの患者群では家族のサポート能力が乏しいことも示された。退院阻害要因の因子分析の結果、第1因子として「セルフケアおよび周囲との関係」、第2因子として「治療コンプライアンスと問題行動」、第3因子として「退院への不安」が見いだされた。さらに身体合併症の自己管理が不十分であったり、歩行障害など日常生活におけるADL (activities of daily living: 日常生活動作) に問題がある症例も少なくなかった。

長期在院患者の退院阻害因子については阿部らにより評価表¹⁾がまとめられている。この評価表では患者側の要因が精神症状、疾病の管理、2次的障害、社会機能に分けられ、それぞれ数個の下位項目があり、家族側要因が患者の問題行動・逸脱行動、世話にかかる労力と不安、病気に対する理解、サポートの資源の質と量に分けられ、それぞれ数個の下位項目がある。患者側の要因は穴見²⁾の結果との共通点が多いが、家族側要因がより詳細に整理されている。

これらの結果は長期在院患者を「社会的入院患者」と見なして、「住む家などの環境条件を整備すれば退院できるはずだ」という見方だけでは退院促進はうまくいかないことを示している。居住サービスは、従来のが国の精神保健福祉サービスでもっとも欠けていたものなので、その充実は必須の課題であるが、こうした環境面の整備と同

表1 統合失調症患者の退院基準³⁾

| |
|--|
| 1. 退院後の生活について家族の支援が得られるか単身生活の場合は住む部屋と経済的支援が得られる。 |
| 2. 地域で生活するための最低限の日常生活技能（食事、金銭管理、火の始末等）があるか、不足している場合には家族などの支援が得られる。 |
| 3. 自分で服薬でき、定期的に通院できる。 |
| 4. 再発の注意サインをモニタでき、サインが出現したときに医療スタッフに連絡できる。 |
| 5. 現在の入院の契機となった問題（たとえば興奮や暴力、自殺企図、違法な薬物やアルコール摂取など）がほぼ解消され、地域生活における自傷他害の危険が低い。 |
| 6. 必要な場合に訪問看護師や保健師、精神保健福祉士やホームヘルパー等の訪問を受け入れることができる。 |
| 7. 重い身体疾患がないか通院で治せる程度に改善している。 |

時に、本人の側の基本的な地域生活の能力であるADL, IADLを向上させること、周囲の人々との協力関係が維持できること、服薬や通院の継続などの疾病自己管理がある程度行えることが必要になる。また退院への不安を受け止め、その軽減を図ることは退院への動機を高めるうえで重要なことは言うまでもない。

筆者が作成した統合失調症を持つ患者の退院基準³⁾を表1に示した。これは統合失調症の再発を防ぎつつ地域で安定して生活できる条件を退院準備性（discharge readiness）の視点から整理したものであるが、この退院基準から、退院は「本人側の障害」だけで決まるのではなく、必要時に医療スタッフ等に援助を求められるか、家族や訪問看護スタッフ等がどこまで支援できるかという、本人と援助者の総体としての力量に依存していることが分かる。すなわち、すべての問題に本人が自己対処できることが求められるのではなく、周囲の援助者に協力を求め、必要なときにSOSを出せるということも大切になる。

Ⅱ. 「本人の側の障害」は周囲の支援体制と関連して変化する

先に「理由のない退院拒否はない」という視点を述べた。これを痛感させられた症例を紹介したい。

筆者が都立松沢病院で社会復帰病棟を担当していたとき、入院後7年経っていた統合失調症の65歳の女性Aさんに退院の希望を聞いた。即座に「寒い。ご飯が食べられない。ここがいい」と退院を拒否された。彼女は「寝ている間に誰かが部屋に入ってきて足を痛めつける」、「（立っているときも）床の下から誰かが足を引っ張る」という妄想があった。薬剤性のパーキンソン症状のため手指や下肢の振戦があるが、薬を減らすと妄想が強まるので薬を減らせない状態であった。即座に退院を拒否されたが、高齢で身寄りがなく退院後の援助者がいないうえに、振戦のため着衣や歩行がスムーズに出来ないなどの障害あり、退院したら食事や通院も大変と予想されたので、退院拒否はもっともと思われた。

病棟カンファランスでAさんの退院可能性が検討された。通常なら「退院困難」で「院内での長期療養が適当」と判断されるケースであろうが、病棟から訪問看護で退院を支援し、安定したら院内の訪問看護室に渡すことが計画された。しかし、本人にその気になってもらわないと話が始まらない。そこで、退院計画の第一歩として退院への動機づけが計画された。

少し前に30年在院していた女性患者のBさんが退院していた。Aさんと仲が良かったわけではないが長期在院患者としてお互いに意識し合う関係にあった。そのアパートに空室が1つ出来たという情報も得られていた。そこで担当看護師からAさんに「私が一緒に行くからBさんのアパートに行ってみない？」と提案した。Aさんは同意した。そこでBさんの部屋への訪問が実施された。2度目の訪問の後、Aさんは退院に同意した。そ

ここで担当看護師が同行して近所への買物や通院の練習が繰り返された。アパートに入居した後は生活保護を得て生活しているが、電灯をつけず、暗くなったら寝て明るくなったら起きるなど本人独特の生活スタイルがあり、「足を痛めつけられる」という妄想は続いているが「今の方がいいです。退院してよかった」と語っている。パーキンソン症状のため杖をついての歩行であるが、通院時は本人が自力で来院し、帰りは訪問看護室の看護師が車椅子で送ることで通院を継続している。

以上のように、長期在院患者の退院を考えると、退院への意欲の乏しさや生活能力 (IADL) の低下などの問題があるが、これらの問題は「だから退院できない」と片づけずに、「こういう問題は、どうすれば解決できるか」という視点で取り組みれば、退院が実現できることがある。Aさんが退院を拒否したのは、退院したらどんな生活になるかが分からず、自分がやっていけるか強い不安があったためと思われる。その不安を解消できたのは、担当医や看護師の「説得」ではなく、身近な人物であったBさん宅を訪問して得た「体験」であった。地域の中で自分の仲間が生活している姿を見て、自分もやれるのではないかという希望を持ったことが不安軽減に役立ったと思われる。もちろん、この成功は担当看護師が「Bさんのアパートに1室空きができた」という情報をキャッチして、「支援すればAさんもそこで生活出来るのではないか」という着想を得たことが出発点になっていた。担当看護師がAさんの不安につきあい、同行して支援し1つひとつ問題をクリアする中で地域生活への自信が回復した。Aさんは担当看護師を信頼し、その援助に感謝している。

Aさんは病識は欠如しているが、医師や看護師が促せば、通院や服薬は問題なく行うことができた。しかし、穴見²⁾が報告したように、服薬・通院などの治療コンプライアンスの悪さが再発や行動上の問題につながる例も多い。こうした問題に対処するために、集中的リハビリテーションの取り組みが開始されているので、次にそれを紹介する。

Ⅲ. 退院における障害を克服し 退院を支援する集中的リハ ビリテーション・プログラム

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費により、国立精神・神経センター武蔵病院の社会復帰病棟におけるモデル実践を中心に退院促進に関する研究が取り組まれているが、その中心をなすものが集中的リハビリテーション・プログラムである。これは個々の長期在院患者・家族の希望の聴取と詳細なアセスメントにもとづき、入院環境で長期間生活していた患者が地域生活にソフトランディングを果たせるための方法を確認し、その普及を図ることを目的としている。

井上⁴⁾は日本における退院プログラムの実施状況とそれらの効果の検討を踏まえて、長期在院患者の退院を促進するための集中的リハビリテーションの技術開発を行った。わが国において退院促進が実践されている野添病院や谷野吾山病院、東京武蔵野病院等の活動を検討した結果、集団運営、SST・心理教育・ケアマネジメント等を取り入れていること、治療チーム、退院後の支援、居住施設の開拓などが共通点として認められた。さらに都立松沢病院ではSSTのモジュールの1つである「地域生活への再参加プログラム」(Lieberman)が実践され、無作為割付(RCT)により退院促進の効果が示された。以上の所見から、集中的リハビリテーション・プログラムでは「地域生活への再参加プログラム」を骨格とし、日常生活訓練(食事の支度、金銭自己管理等)と心理教育を組み合わせたことが適切と判断された。

井上⁴⁾による集中的リハビリテーション・プログラムは、①退院までに病気の性質、薬などの医学的情報を知り理解する、②退院後に必要な人づき合い・病気や健康の管理・金銭管理・食生活管理などの技術をおぼえる、③同時並行して退院時期や退院先を検討することを目的とし、これらをグループベースで進めるものである。プログラムの内容は、①プログラムへの導入、②慢性の精神

障害の症状, 経過, 治療, ③地域生活のオリエンテーション(1), ④院外活動, ⑤地域生活のオリエンテーション(2), ⑥ストレスへの対処法, ⑦毎日のスケジュールの立て方, ⑧薬の再発予防の効果についての学習, ⑨服用中の薬の効果の自己評価, ⑩服薬に関する疑問, 問題点の解決, ⑪薬の副作用の解決, ⑫再発の早期徴候, ⑬早期徴候の監視(セルフ・モニタリング), ⑭緊急時の対策, ⑮金銭管理, ⑯食生活管理, ⑰全体のまとめの17のセッションから構成される。全体で3~7カ月が想定されている。

集中的リハビリテーション・プログラムは, アセスメントから出発し, 多職種による「ケア会議」で退院計画を立てること, 精神保健福祉士や看護師が「退院コーディネーター」となって退院後の安定した地域生活に至るまでの一貫したケアを実施すること, 地域の社会復帰諸機関と連携を持ち, 外出や外泊等の地域交流を積極的に行うことなどにより実施される。

このプログラムは本年6月から国立精神・神経センター武蔵病院でモデル実践が開始されており, その成果にもとづいて国立病院・療養所等への普及が計画されている。

おわりに

厚生労働省の「7万2千人退院」の方針がきっかけとなって長期在院患者の退院への機運が高まっている。その中で, 従来の「収容主義」への反省から「長期在院患者をまず外に出すこと」という主張も見られる。従来は退院困難と思われていた長期在院患者でも, 発想を転換して退院を目指すことは大いに賛成であるが, 機械的に実施すれば米国の脱施設化運動で初期に見られた弊害が繰り返されることが危惧される。長期在院患者の多くは, 退院して地域で生活を始めるという環境変化に柔軟に対応する能力を失っており, リハビリテーションや生活の場に出向いての支援がなければ生活が容易に破綻することが予想されるからである。

臺⁷⁾は慢性の統合失調症治療を論じる中で, 「入院治療は, 退院後の社会参加, 自立への流れの中の一局面にすぎないことが認識される時に, 本当に患者のためになるのである」と述べている。長期在院患者の退院促進は, 退院で完結するものではなく, その後の地域生活を準備する「自立への流れの一局面」としてとらえることが必要となる。自立の促進のためには上に述べた集中的リハビリテーションのような包括的な取り組みが必要と考えられる。自立に向けての支援として退院促進プログラムが効果を発揮するためには, 患者本人の退院への希望を育て支援する細やかな配慮と工夫が必要となる。こうした工夫を積み重ねることにより, 集中的リハビリテーションのモデル実践が成果をあげ, 全国の国立病院・療養所をはじめとする諸施設で実践されて, 長期在院患者の退院と安定した地域生活に貢献することが期待される。

文 献

- 1) 阿部哲夫, 浅井邦彦: 病院リハビリテーションの方法. 江畑敬介, 浅井邦彦編: 分裂病の病院リハビリテーション. 医学書院, 東京, p.26-42, 1995.
- 2) 穴見公隆: 国立病院等における集中的リハビリテーションのモデル実践. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指一1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究(主任研究者 安西信雄). 研究報告書, 2004.
- 3) Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N. et al.: Training long-term schizophrenic inpatients in illness self-management: A randomized controlled trial. In: (ed.) Kashima, H., Falloon, I. R. H., Mizuno, M. et al. Comprehensive Treatment of Schizophrenia - Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Springer, Tokyo, p.186-195, 2002.
- 4) 井上新平: 集中的リハビリテーションの技術開発. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指一1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発

と普及に関する研究 (主任研究者 安西信雄)。研究報告書, 2004.

- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 (中間報告)。2003.5.15.
- 6) (社) 日本精神科病院協会：精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書, 平成15年10月.
- 7) 臺弘：慢性分裂病の治療論。江畑敬介, 浅井邦彦編：分裂病の病院リハビリテーション。医学書院, 東京, p.15-25, 1995.

特集 つらい「幻聴」とうまくつきあう——コーピングスキルの獲得

いま、なぜコーピングスキルに注目するのか？

安 西 信 雄

精 神 看 護

第 7 卷 第 2 号 別刷

2004 年 3 月 15 日 発行

医学書院

特集にあたって いま、なぜコーピングスキルに注目するのか？

安西信雄 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

「コーピング」は精神障害者 リハ学会の継続テーマです

まず、精神障害者リハビリテーション学会で、「コーピング」の問題についてどのような取り組みをしてきたのかを簡単に説明したいと思います。

このテーマを最初に取り上げたのは、2000年の第8回大会でした。江畑敬介先生から「自己対処の意義」について、水野雅文先生から「ストレスや症状への自己対処」、舩松克代先生から「服薬自己管理モジュールと対処技能」、安西から「地域生活への再参加プログラムとセルフモニタリングの関係」が報告されました。

そのあと、2001年の出雲大会のときに水野雅文先生と渡邊義信先生から「コーピングとストレス」の講演をいただいて、佐藤和喜雄先生からオランダのロウム(Romme)らが行なった「ヒヤリング・ヴォイシズ」、つまり幻聴を聴いている人たちが幻聴を自分でうまくやりくりをして自己対処していく方法を身につけようというアプローチですが、これを日本で実践しているというお話をしていただきました。非常に面白いということで、学会誌にその記事が掲載されました(「精神障害とリハビリテーション」6(1):38-44, 2002)。

2003年の第11回大会(田中英樹大会長)は、それに引き続いてワークショップにおいてコーピングをテーマに実施することになりました。

コーピングの課題を何度か取り上げるうちに、コーピングとリカバリーの関係が浮かび上がってきました。

今後のリハビリテーションの目標はリカバリー

だといわれています。リカバリーは基本的には本人が行なうものであり、それを支援するのがリハビリテーションです。リカバリーのためには、本人のセルフコントロール、自分で自分のなかに起きている問題をコントロールできるようになることが重要になります。そこにリカバリーとコーピングの接点があります。

このように、本人のリカバリーを推進する技術としてのコーピングを、治療者がどうやって支援できるのが課題になります。ここに当事者と治療者の協力の土俵があります。学会で継続的にコーピングがテーマになっているのは、それが「協力の土俵」を提供しているからでしょう。

感動に包まれた学会場を 再現したい

筆者は、べてるの家の向谷地生良氏(北海道医療大学/浦河日赤病院SW)とともに、実践交流会「コーピングスキル」のコーディネーターとしてワークショップにかかわりました(表1)。

閉会の挨拶を終えたとき、胸の高鳴りを覚えながら、「この場で起きたことを、ここだけで終わらせてはいけない」「ここで体験したことをもっとたくさんの人に伝えたい」と思いました。

今回の特集では当日の活気を再現し、参加者が共有した「新しいものに触れる喜び」を大事にするために、原田氏、向谷地氏と林氏には、当日の発表をできるだけ再現していただき、討論も要点をまとめることにしました。加えて、このワークショップの意義について若干の解説を加えることがよいのではないかとということで、学会長でもある



あんざい・のぶお

昭和23年、大阪府生まれ。昭和48年に東大医学部を卒業後、東大精神科のデイホスピタルでSST導入に参加。都立松沢病院では社会復帰病棟などを経験し、平成14年から現職。退院促進に取り組んでいるが、高齢の母の在宅ケアを通して、介護サービスの意義に目覚めている。週1程度ジョギングはしているが、煙草と夜更しが直らないので効果は……。

●国立精神・神経センター精神保健研究所：〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

表1 「コーピングスキル」のワークショップ
プログラム

1. 幻聴への対処を援助する方法論
原田誠一(国立精神・神経センター武蔵病院・東京都)
2. 不安感に基づく強迫的な確認行為に苦しむ当事者(統合失調症)への生活支援—SSTを活用した対処技能の獲得を中心としたアプローチ—
向谷地悦子・林園子(べてるの家・北海道)

江畑敬介氏による最終論文で、「患者さんがどのように自己対処しているか」「自らの疾病に対する態度がどのように予後に影響を与えるか」といった内容を、従来の研究成果をふまえて簡潔にまとめていただきました。これにより、今回のワークショップの意義が学問的にも一層鮮明になったと思われまます。

いま、なぜコーピングに注目するのか？

筆者は仕事から、各地の精神科病院やクリニック、社会復帰関係施設に出向くことが多くありますが、どこでも「精神科医療や看護は変わらないといけない」「変えていかないといけない」という機運が高まっているように思われます。とくに看護スタッフをはじめ、患者さんとの接触の密度の高い職種ほど強く意識をもっているという印象があります。しかし同時に、「どうしたらいいのでしょうか?」「これからどうなるのでしょうか?」と問われてしまいます。今後の精神科医療や看護のあり方を自信をもって語れる人は少ないのです。精神科医療が変化に直面しているなかで、多くの人びとが今後のあり方を模索している状況にあります。筆者ももちろん、その1人です。

入院中心から地域生活へという転換のなかで

「いままでのやり方では通用しないのではないのか?」という疑問を抱かせる要因はいくつか挙げられると思いますが、もっとも大きなものは、入



写真1 関係者勢揃い

左より原田誠一氏、向谷地悦子氏、林園子氏。
後列左より筆者、向谷地生良氏、江畑敬介学会長。

院中心から地域生活支援への精神科医療の転換でしょう。厚生労働省が新障害者プラン中間報告などで精神病床の機能分化や地域ケア・社会復帰資源の充実を図ること、そして「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる「7万2000人」の早期退院と社会復帰を実現する方向性を示しました。この報告書では入院患者の減少を見込んで、「人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す」という方針も述べられています。

米国や英国をはじめとする諸外国では、1950年代から精神科医療の脱施設化の動きが開始され地域ケアの体制作りが進められてきました。途中経過ではさまざまな問題があったことが知られていますが、いまでは精神障害をもつ人びとの大半を地域で支える体制が作られています。地域ケア体制を作るために、改革前には入院治療に投じられていた財源と人材のかなりの部分が改革後には地域ケアに投じられ、ケアマネジメントや重症患者に密度の高い地域ケアを提供するACT(包括的地域生活支援)プログラムなどが地域で実践されるようになりました。いまや重症患者の地域ケアの国際標準ともなっているACTプログラムが、国立精神・神経センターの国府台地区で開始され、その成果が期待されています。

もちろん、わが国では地域の社会復帰資源や支援体制整備の遅れがあるうえに、精神病床数の90%以上が民間病院という事情があるので、地域

ケアへの急速な転換は難しいのではないかという意見があります。しかし、障害をもちつつ地域で普通に暮らせることを目指すノーマライゼーションや患者の権利擁護は、精神科医療でも当然のことであり、諸外国に遅れをとったわが国の精神科医療も次第に地域ケア中心に移行していくでしょう。つまり、現在長期に在院している患者の数万～10万人を病棟でなく地域で支えること、また、急性期症状が治まった後はできるだけ早期に地域生活に戻すことが求められているのです。

入院で治療を行なっている人びとを病棟に頼らずに地域でケアを行なうためには、治療体制の整備とともに医療の質の向上が求められます。後者の中心となるのは、「病気の人」から、症状をもちつつ「地域で生活する人」への視点の変換です。もちろん薬物療法や精神療法などは欠かせませんが、地域でこれらの治療を継続するためには治療の意義を本人に自覚してもらう必要があります。治療の主体が治療者から本人に移行するわけです。

インフォームド・コンセントに関連して、病名の告知、治療法の説明と同意、投与薬剤の説明などが精神科でも実践されるようになり、心理教育も盛んに行なわれるようになってきました。これらは病気の回復を促し、生活に及ぼす悪影響を最小限にするための治療法を、本人の自覚により適切に行なえるようにするための支援方法と考えることができます。

地域生活は「コーピング」にかかっている

コーピング(coping)は病気や環境からの要求によって生じたストレス状況への対応の仕方であり、対処または自己対処と訳されます。病気の症状や生活上の課題をどのように受け止め、どう行動していくかを患者さんの立場でとらえ、効果的な支援方法を考えることは精神障害者のリハビリテーションの重要な視点ですが、患者さんの安定した地域生活を可能にするためにコーピングの視点はますます重要となっています。

ユーザー志向の地域ケアの実践のなかで生まれ

たのが、「リカバリー」の考え方です。リカバリーは統合失調症の発病などの破局的ともいえる困難な状況に陥った人が、再び人生の意義を見出し、自信を回復していくプロセスのことです。リカバリーは本人が困難を克服していく過程であり、リハビリテーションはそれを支援する治療者の活動とされています。

「聞いてはいけない」から「協力して考える」形へ

しかし、こうした理念を毎日の実践のなかで具体化することは難しいものがあります。たとえば統合失調症の幻聴についても、薬物療法によっても幻聴が完全には消えずに持続する人のなかでは、幻聴という自覚が乏しく、十分な病識を得ることが困難な場合が多くあります。また従来の精神科看護のなかでは、症状を聴取すると悪化させる可能性があるという恐れから、症状を聞くこと自体を避ける傾向もありました。そのため、現場では治療者が考える症状への適切なコーピングと本人の自覚との間に大きな隔たりを感じることも多くあります。

今回のワークショップで「新しいものに触れる喜び」を感じることができたのは、まさにこうした「隔たり」を乗り越え、患者本人と治療者の間の協力的関係(コラボレーション)を築き上げるための実践的な手がかりが与えられたためと思われま

す。原田氏は、幻聴などの症状を患者さんの側からとらえる視点により、患者さん自身の言葉でこれらの症状と生活上の困難をとらえること、そのうえで、一定の困難な状況では多くの人が体験しているものであることを述べ、認知療法の理論にもとづく対処法をわかりやすく整理して提示してくれました。そして、特殊な病気ではないことを知り、自信をもって効果的に対処できるようになった実例が紹介されました。

向谷地悦子氏は、浦河べてるの包括的な地域ケアの実践を紹介するとともに、幻聴と確認行為に苦しむ当事者の治療経験を紹介してくれました。

一種の症例報告ではありますが、専門家(看護師)としての報告が、症例報告の主人公である林氏自身の生々しい体験報告によって裏打ちされ、大変新鮮で説得力がありました。

当事者から専門家が学ぶ という方法

これらの2つの報告は、当事者から専門家が学ぶという点で共通点があり、その優れた実例と思われました。

原田氏の報告は、自己の例外性の否定を通して本人が症状の自己対処に前向きになることができ、適切な自己対処のために認知療法が有効

であることを示すものであり、向谷地氏・林氏らの報告は、幻聴や確認強迫が生じる状況因を整理する認知的取り組みを「当事者研究」として本人と仲間や専門家の協力のなかで行なう方法が有効であること、そして苦しさを周囲に伝え援助を得るために社会生活技能訓練(SST)が有効であることを示すものでした。

このように、2つの報告は当事者のコーピングスキルを高めるために、認知療法や認知行動療法(SST)が役立つという点でも共通していました。

今後の地域ケアの展開のうえで、当事者と治療者(専門家)との新しい協力関係が求められます。今回の報告はその意味でも重要な示唆を与えるものと思われま



看護学雑誌 【月刊】

2004年2月号 (Vol.68 No.2)

特集

糖尿病看護とバーンアウト 「挫折」を宝に!

●主要目次

| | |
|------------------------------------|--|
| 糖尿病ケアにまつわる2つのバーンアウト -挫折体験を力に----- | 石井 均 |
| 挫折体験を宝に変える! 糖尿病の知恵袋たちのお宝事例カンファレンス- | 石井 均, 斎藤幾重, 船田仁美, 原 千晴, 東里智子 |
| 事例1 高齢患者とバーンアウトする家族 | <small>(コメント)</small> 荒木 厚, 石黒友康, 古家美幸, 本田佳子 |
| 事例2 “変わらない”患者と責めたいナース | |
| 事例3 指導も支援も受け入れない患者と医療者の不安 | |
| 血糖自己測定のトラブルポイント----- | 山本壽一, 仲里幸康 |
| 経口薬治療のトラブルポイント----- | 友金幹規 |
| 糖尿病看護とバーンアウト -生みの苦しみ,そして喜び!----- | 原 千晴 |
| 【糖尿病患者自己研究】私が病院に行けなくなった理由----- | 今村ひかる |

※広告(一般営業, 求人)のご掲載も承っております。お問い合わせはPR部(TEL 03-3817-5696)までどうぞ。



医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

平成 16 年度
厚生科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

要介護状態の評価における精神・知的及び多様な身体障害の状況の
適切な反映手法の開発に関する研究

発行：平成 17 (2005) 年 3 月
発行所：国立長寿医療センター
(愛知県大府市森岡町源吾 36-3)
TEL：0562-46-2311 FAX：0562-46-8359
発行者：遠藤英俊